FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

14.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 13 *août* 1849,

Par JEAN-LOUIS MATHIEU,

né à Lyon (Rhône),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ancien Interne des Hôpitaux de Lyon.

DE LA

DIATHÈSE PURULENTE SPONTANÉE.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1849

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. BÉRARD, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	.....
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur. CHOMEL, Président. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. CLOQUET. VELPEAU. LAUGIER.
Clinique d'accouchements	DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU, Examinateur.	MM. GUENEAU DE MUSSY.
BÉCLARD.	HARDY.
BECQUEREL.	JARJAVAY.
BURGUIÈRES, Examinateur.	REGNAULD.
CAZEAUX.	RICHET.
DEPAUL.	ROBIN.
DUMÉRIL fils.	ROGER.
FAVRE.	SAPPEY.
FLEURY.	TARDIEU.
GIRALDÈS.	VIGLA.
GOSSELIN.	VOILLEMIER.
GRISOLLE.	WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA

DIATHÈSE PURULENTE

SPONTANÉE.

> Primo, expedit ut morbi omnes ad definitas ac certas *species* revocentur, eadem prorsus diligentia ac ακρίβεία, qua id factum videmus a *botanicis scriptoribus* in suis *Phytologiis*. . .
>
> Vix dici potest, quot erroribus, in scribenda morborum historia, ansam præbuerint *hypotheses istæ physiologicæ*, dum scriptores, quorum animos falso colore illæ imbuerint, istiusmodi phœnomena morbis affigant, qualia, nisi in ipsorum cerebro, locum nunquam habuerunt.
>
> (Sydenham.)

Le titre de cette thèse suppose déjà résolue une question qui ne l'est point encore au même degré pour les esprits les plus éminents de l'école de Paris. Il me paraît convenable, en cette situation, d'indiquer, au moins d'une manière rapide, les raisons pour lesquelles je me suis rattaché, sur ce terrain, à la doctrine de l'*essentialité des maladies*, et à la solution qu'elle donne de cet important problème, en rejetant les explications des médecins organiciens. On comprendra mieux ensuite pourquoi j'ai rassemblé quelques observations de diathèse purulente spontanée, et l'intérêt qui s'attache naturellement à cet ordre de faits.

§ Ier.

DES DIATHÈSES ET DES MALADIES CONSTITUTIONNELLES.

Après avoir rangé les maladies en quatre classes : 1° les *fièvres*, 2° les *phlegmasies*, 3° les *hémorrhagies*, 4° les *névroses*, Pinel fit une cinquième et dernière classe qu'il appela *lésions organiques*, et enfin il subdivisa cette classe en deux ordres : celui des *lésions organiques générales*, et celui des *lésions organiques particulières*. Le premier ordre des lésions organiques générales comprend la *syphilis*, le *scorbut*, la *gangrène*, le *cancer*, les *dégénérescences tuberculeuses*, les *scrofules*, le *rachitis*, l'*éléphantiasis des Grecs*, l'*éléphantiasis des Arabes*, et le *yaws* (ou pian, framboesia).

Le premier reproche que l'on pourrait adresser à cette classification, c'est de ranger parmi les lésions organiques générales des lésions qui ne frappent qu'un seul tissu, comme le rachitis et les deux espèces d'éléphantiasis, et de donner à la gangrène un rang parmi ces maladies ; car la gangrène, lorsqu'elle est une maladie, est toujours locale, témoin la gangrène du poumon ; autrement elle n'est qu'une affection symptomatique, et non une maladie, comme dans la gangrène des membres inférieurs, suite d'une artérite.

Le second reproche, c'est que cette classe manque de caractère précis, puisqu'il lui suffit d'apporter un changement dans la structure des parties pour qu'une maladie y prenne rang. Or, parmi les fièvres, la fièvre typhoïde détruit en grande partie les plaques de Peyer ; les phlegmasies changent la structure des parties d'une manière quelquefois permanente, témoin les adhérences, suites de pleurésies, les cicatrices des abcès, de ceux des glandes en particulier. De telle sorte que logiquement cette division comprendrait, tout à fait arbitrairement, une foule de maladies.

Donc les nosologistes pourraient récuser cette division, comme n'étant point établie sur des caractères précis, et par conséquent,

comme pouvant admettre les maladies les plus dissemblables au même titre les unes que les autres. Néanmoins ce ne furent point ces motifs qui firent battre en brèche cette dernière partie de la nosologie de Pinel. On sait que Broussais considéra toutes les lésions organiques comme un effet de l'inflammation, et que la nosologie tout entière disparut dans le cadre des variétés d'une seule et même lésion, l'*inflammation*.

La théorie de Broussais eut à son tour à combattre des adversaires qui attribuaient aux altérations du sang les affections locales des maladies, et en particulier celles que Pinel appelait *lésions organiques générales*. L'école physiologique admit la réalité de ces altérations du sang, mais comme effet d'une lésion locale primitive. Ainsi, dans les fièvres, elle reconnut que le sang pouvait être altéré à la suite de l'inflammation intestinale; dans le cancer, par suite de l'absorption des sucs fournis par la tumeur; dans la phlébite, par le passage du pus dans le sang; dans les plaies, par suite de la résorption du pus; en un mot, elle accorda tout, pourvu qu'on lui accordât son point de départ, c'est-à-dire à condition qu'on lui donnât raison.

Il faut remarquer que la controverse fit peu mention de la division nosographique de Pinel; en voici la raison : Pinel avait banni de sa nosographie, exclusivement médicale, les plaies et tout ce qui se rapporte aux opérations chirurgicales; en outre, au moment où ces controverses s'élevèrent, les esprits n'étaient nullement tournés vers les questions nosologiques, de sorte qu'on ne vit point qu'à côté de la question d'étiologie il y avait un problème de nosologie posé, et non résolu.

La science en était à ce point que, d'une part, l'ordre des lésions organiques générales, établi par Pinel, était oublié, et que, d'autre part, les *solidistes* et les *humoristes* se disputaient le terrain de l'explication de ces maladies. Tout se réduisait à une question secondaire d'étiologie : comment une affection primitivement locale peut-elle se généraliser et envahir successivement plusieurs parties du corps? La doctrine de la phlébite devint la base de ce nouveau

système pathologique, dans lequel l'humorisme et le solidisme trouvaient leur compte. On se félicitait même d'avoir levé toutes les difficultés ; car la théorie qui s'appliquait à la phlébite et aux abcès viscéraux paraissait s'appliquer également au cancer, au tubercule.... Chose remarquable cependant ! les partisans de la phlébite exigeaient, pour que le pus se généralisât, qu'il passât directement, en nature, dans le sang, pour aller former dans les viscères une quantité plus ou moins considérable d'abcès ; et ils expliquaient de la même manière les généralisations du cancer et du tubercule, malgré l'absence habituelle de phlébite tuberculeuse ou cancéreuse qui eût permis le passage direct de la matière tuberculeuse ou cancéreuse dans le sang. — Mais quand on s'est enrichi d'une explication, on ne regarde pas de si près aux faits, et, malgré les faits, on trouve toujours l'explication satisfaisante. — Les partisans de la résorption pure et simple avaient sur les partisans de la phlébite l'avantage de présenter un mécanisme qui s'appliquait à tous les produits morbides, car on peut aussi bien comprendre la résorption de la matière tuberculeuse, ou de ce qu'on appelle le suc cancéreux, que celle du pus. D'ailleurs la résorption s'appliquait à une foule d'autres maladies : les symptômes généraux de la fièvre typhoïde n'étaient-ils pas évidemment, d'après cette hypothèse, le résultat de l'absorption des matières intestinales ? — La peste et toutes les maladies épidémiques n'étaient plus que des résorptions. On tenait la clef de l'étiologie des accidents généraux dans toutes les maladies. — L'altération du sang par la résorption des liquides morbides était le mécanisme commun et universel. — Telle est la théorie qui a régné longtemps sur les esprits abusés par la facilité d'une explication banale. On ne doit plus dès lors s'étonner de la création de ces *grands empoisonnements* qui constituent les maladies graves pour un bon nombre de médecins. — Ces grands empoisonnements ont la même réalité que la théorie de la résorption, dont ils sont la conséquence immédiate. — Ainsi, de la *phlébite* on passe à la théorie des *résorptions ;* de la théorie des résorptions de produits morbides, à la théorie des *grands*

empoisonnements; et, à chaque pas que l'on fait, on oublie de plus en plus la base de cet échafaudage.—Ainsi les grands empoisonnements s'appliquent aussi bien aux maladies qui ne présentent rien à résorber qu'à celles où l'on rencontre un produit absorbable. — Par exemple, l'érysipèle, lorsqu'il est grave, est le résultat d'un *grand empoisonnement;* la rougeole, la scarlatine grave, *grands empoisonnements.* On ne trouve pas de poison à faire pénétrer dans le sang, mais qu'importe! Alors on imagine des *ferments,* qui font au corps humain ce qu'un peu de *levain* fait à la pâte. N'est-ce pas clair? Cela ne suffit-il pas? et ne faut-il pas avoir un esprit bien contrefait et bien hargneux pour ne pas accepter avec transport une hypothèse aussi élastique? Qu'est-ce que le choléra? Un *grand empoisonnement.* — Qu'est-ce que la fièvre typhoïde? Un *grand empoisonnement.* — Qu'est-ce que la variole? Un *grand empoisonnement.* — Qu'est-ce que la phthisie? Un *grand empoisonnement.* — Qu'est-ce que le cancer? Un *grand empoisonnement.* — Qu'est-ce que la scrofule? Un *grand empoisonnement.* — Qu'est-ce que la peste? Un *grand empoisonnement.* — Qu'est-ce que la fièvre intermittente? Un *grand empoisonnement.* — La pneumonie devient elle grave, *grand empoisonnement;* l'érysipèle revêt-il les caractères de la malignité, *grand empoisonnement.*

On voit, par ce qui précède, que l'ordre des lésions organiques générales, auquel nous avions reproché d'être extrêmement vague, a été remplacé par quelque chose de bien plus vague encore : les *grands empoisonnements.*

C'est vraiment de plus beau en plus beau! Et il y a certes lieu de se demander ici comment des hommes de savoir et d'esprit ont pu arriver à ce degré de simplicité, qu'ils croient avoir dit quelque chose quand ils ont accouplé l'épithète de *grand* au mot *empoisonnement.* Si c'était là de la science, il faudrait, hélas! avouer que notre art a le privilége de l'absurdité au plus haut degré, à la plus extrême puissance! — Il n'y a évidemment que le silence le plus absolu à

opposer à tout cet échafaudage d'hypothèses qu'un souffle ferait crouler.

On me dira peut-être qu'on doit traiter avec plus de respect des idées généralement reçues. A cela je n'ai qu'une réponse à faire : c'est qu'un *rêve de l'imagination* ne devrait pas être accepté à titre d'*idée*.

Ce n'était point chose facile que de faire succéder la régularité, l'ordre, la précision et la réalité scientifiques, à ce chaos.—Telle était pourtant la tâche imposée à celui qui voudrait aborder ces questions où la médecine est mise en jeu tout entière. Peut-on forger de toutes pièces des causes de maladies, des maladies, des classes de maladies, ainsi que nous avons vu les organiciens le faire? Y a-t-il quelque principe auquel on puisse se rattacher pour éviter de tomber dans l'arbitraire et la confusion ?

La doctrine de l'essentialité des maladies nous paraît avoir donné la solution du problème. Nous allons l'exposer en quelques mots et d'une manière synthétique, d'après les leçons de l'auteur. A l'ordre des lésions organiques générales de Pinel, elle substitue deux groupes nosologiques, celui des maladies constitutionnelles et celui des diathèses. Les maladies constitutionnelles ont pour caractère de présenter *divers* produits morbides sur *diverses* parties du corps. Les diathèses ont pour caractère de présenter *un même* produit morbide sur *diverses* parties du corps. Ainsi, pour les maladies constitutionnelles, *diversité* de produits morbides, *diversité* de siége; pour les diathèses, *unité* de produit morbide, *diversité* de siége.

Les maladies constitutionnelles sont :

1° La scrofule,

2° La goutte,

3° La syphilis,

Le groupe des diathèses comprend :

1° Le rhumatisme articulaire,

2° Le purpura hemorrhagica,

3° Le scorbut,

4° La diathèse purulente,
5° La morve et le farcin,
6° La phthisie ou diathèse tuberculeuse,
7° Le cancer ou diathèse cancéreuse.

§ II.

DE LA DIATHÈSE PURULENTE EN GÉNÉRAL.

La diathèse purulente est une maladie essentielle, caractérisée par la tendance à la suppuration des solides et des liquides coagulables de l'économie.

Cette maladie présente trois formes principales :

1° La diathèse purulente traumatique,
2° La diathèse purulente puerpérale,
3° La diathèse purulente spontanée.

Cette maladie n'est point le résultat de la résorption du pus, ni du passage direct du pus dans le sang, ni de l'absorption des détritus placentaires.

Elle existe à l'état sporadique ou à l'état épidémique.

C'est elle qui fait périr presque tous les malades qui succombent à la suite des plaies et des opérations chirurgicales, ainsi qu'à la suite de l'accouchement.

Sa gravité est plus grande que celle du choléra lui-même, elle tue presque tous ceux qui en sont atteints. Personne ne conteste cette gravité. On l'observe en dehors de toute lésion traumatique et de toute circonstance puerpérale ; c'est ce que nous avons appelé la *diathèse purulente spontanée.*

§ III.

DE LA DIATHÈSE PURULENTE SPONTANÉE.

Nous ne voulons point ici tracer d'une manière nosographique l'histoire de la diathèse purulente spontanée. Nous ne serions point en mesure de le faire avec le petit nombre de faits que nous avons vus au lit du malade, et moins encore avec les observations recueillies dans les auteurs. Nous voulons surtout provoquer sur ce point l'attention des observateurs, et voici pourquoi : souvent il arrive que des cas de cette nature se présentent, soit en ville, soit dans les hôpitaux, et généralement on ne sait point à quelle maladie on a affaire. Il en résulte que le traitement se fait d'une manière déplorable : en effet, il faut toujours en revenir à cet aphorisme : *Qui sufficit ad cognoscendum, sufficit ad curandum*, et à son complément : *Qui non sufficit ad cognoscendum, non sufficit ad curandum.* Lors, dis-je, que des cas de cette nature se présentent dans la pratique, on se rejette sur la bizarrerie des phénomènes morbides, sur l'imprévu, sur l'extraordinaire, sur ces maladies générales inconnues, ces grands empoisonnements, dont le poison est inconnu et inconnaissable, *introuvé* et introuvable, sur les *profondes altérations du sang*, non déterminées toutefois, qui menacent d'une ruine soudaine les organismes les plus vigoureux; les autres excusent leur ignorance en s'écriant : *véritablement* il n'y a que des malades, il n'y a point de maladies! Ce qui, pour le dire en passant, simplifie tellement le diagnostic, qu'il le rend inutile, chose fort appréciée des hippocratistes modernes. Quant aux organiciens, ils en font autant de maladies successives qu'il y a d'organes envahis successivement par le travail de suppuration. En un mot, cette maladie échappe, en général, aux plus habiles, comme aux moins éclairés.

Il est facile cependant de la distinguer de la morve et du farcin, par l'absence, avant l'invasion, de toute communication des malades

avec des chevaux affectés ; par l'absence de coryza purulent, s'il s'agit de la morve ; par sa marche aiguë, qui diffère de la marche essentiellement chronique du farcin. Toutefois, en l'absence de renseignements sur les antécédents, il serait impossible de la distinguer du farcin aigu d'une manière convaincante pour les médecins éclairés. Il n'y a plus, comme signes distinctifs, que des nuances dans l'étendue des abcès ; l'aspect du pus, moins liquide, plus granuleux dans le farcin que dans la diathèse purulente ; le siége de la suppuration plus superficiel dans le farcin, où les abcès sous-cutanés sont fréquents, et les phlegmons diffus, rares, ce qui est l'opposé de la diathèse purulente spontanée. Ces caractères sont-ils assez constants, et, fussent-ils constants, sont-ils assez tranchés pour servir de base à un diagnostic sûr ? Je n'oserais point répondre par l'affirmative. Il est, en effet, des questions que le temps seul éclaire, attendu que le temps seul multiplie assez les faits pour qu'il soit possible d'en tirer de légitimes inductions.

Une autre maladie que l'on confond assez fréquemment avec la diathèse purulente spontanée, c'est le rhumatisme articulaire aigu. Toutefois la marche continue rémittente de la première, ses frissons répétés, le cachet de gravité qu'elle imprime à tous les phénomènes généraux ; le peu de mobilité des arthrites, qui se multiplient le plus souvent sans se déplacer pour cela ; enfin l'ictéritie inflammatoire, si marquée dans la diathèse purulente qu'elle en constitue un des caractères importants : tels sont les signes principaux qui peuvent servir à distinguer ces deux maladies, lors même que la diathèse purulente n'envahit que les articulations. Mais si la diarrhée fétide, si les suppurations diffuses des membres, s'y joignent, qui pourra la confondre avec le rhumatisme articulaire aigu, même pendant la vie ? Enfin la méprise est inexcusable après la mort. Comment confondre l'arthrite rhumatismale, cette inflammation essentiellement résolutive, que certains auteurs ne regardent même que comme une simple fluxion, avec l'inflammation essentiellement purulente de la maladie qui nous occupe ? Ajoutons à ce tableau les

abcès musculaires, les phlegmons diffus, les éruptions purulentes, les abcès viscéraux du poumon, du foie, de la rate, du cerveau, les épanchements purulents des grandes séreuses splanchniques! Qu'ont toutes ces lésions de commun avec le rhumatisme, si ce n'est quelques-uns de leurs siéges?

Mais il est temps, avant d'aller plus loin, de présenter quelques observations. J'aurais pu, parmi elles, insérer quelques cas de diathèse purulente spontanée, que j'ai observés durant le cours de mon internat dans les hôpitaux de Lyon; mais j'ai préféré les choisir parmi des faits déjà publiés, afin de donner par là plus d'autorité et plus d'importance aux conclusions que j'en ai dû nécessairement tirer. Même parmi ces dernières, je n'en cite que huit; j'aurais pu facilement les multiplier davantage, mais j'ai pensé que ce nombre était suffisant pour ce que je voulais établir, et d'ailleurs je n'ai pas voulu donner trop d'extension à ce travail.

1re OBSERVATION (1).

Diathèse purulente spontanée.

On apporta à l'hôpital de la Charité un individu mourant et plongé dans un état ataxo-adynamique des plus prononcés. Je trouvai, à l'ouverture du cadavre, des abcès multipliés dans le cerveau, dans les poumons, dans la rate, dans les reins. Le sang était partout soit complétement liquide, soit comme grumelé, et semblable à une gelée de groseille très-peu consistante. Je recueillis une certaine quantité de sang de la veine crurale pour l'examiner au microscope : au milieu de beaucoup de globules sanguins déformés et framboisés (ce qui est leur état ordinaire sur le cadavre), on distinguait très-nettement un assez grand nombre de globules de pus. Il n'y avait d'ail-

(1) M. le professeur Andral, *Essai d'hématologie pathologique*, p. 113.

leurs nulle part la moindre trace de phlébite. C'est l'un de ces cas que les anciens eussent désignés sous le nom de *diathèse purulente* (1). Des collections de pus dans plusieurs solides, et du pus dans le sang, telles furent, en effet, les seules altérations dont on constata l'existence.

IIe OBSERVATION.

Diathèse purulente spontanée (2).

Un facteur surnuméraire de la poste aux lettres, âgé de vingt-deux ans, fut amené à l'hôpital de la Charité le 12e jour de sa maladie, et y succomba le 14e jour. A l'époque de son entrée, il était sans connaissance. Le Dr Bouchacourt, qui lui avait donné des soins, me raconta que ce jeune homme, fortement constitué, avait été pris d'abord, à la suite d'une course un peu forcée, d'une simple bronchite pour laquelle on l'avait saigné; puis étaient survenus les symptômes bien tranchés d'une pneumonie, à laquelle on opposa une deuxième émission sanguine et l'usage de l'oxyde blanc d'antimoine. Peu à peu, les accidents de la phlegmasie pulmonaire s'amendèrent, et elle paraissait être en voie de résolution, lorsque, neuf jours après l'invasion de la pneumonie, le malade fut pris tout à coup d'un frisson violent accompagné d'une roideur générale, comme tétanique,

---

(1) D'où il faudrait logiquement conclure que les anciens savaient beaucoup mieux la médecine que les modernes, puisque ces derniers seraient censés ne pouvoir nommer, ni classer, ni diagnostiquer cette maladie. Il est bien assurément d'être ami des anciens, et de les estimer à leur valeur; mais pourquoi leur faire hommage des découvertes et des travaux des modernes? Existe-t-il un seul travail sur la diathèse purulente avant ceux que M. Tessier a publiés dans *l'Expérience?* Si ce travail existe, quel en est l'auteur? La vérité est que les anciens n'ont jamais connu ni décrit sous son nom la diathèse purulente, et la justice veut que l'on attribue à nos contemporains ce qui est le fruit de leur labeur.

(2) Becquerel, *Séméiotique*, p. 281; observ. de *fièvre purulente*.

de tout le corps. Les deux jours suivants, le même phénomène se produisit; le 11e jour, le malade commença à délirer un peu, et, le 12e, il tomba dans le coma. Conduit alors à l'hôpital, il présenta l'état suivant : coma profond, solution des quatre membres, extinction absolue de l'intelligence; pouls dur, vibrant, battant 120 fois par minute, en même temps qu'il y avait 56 inspirations; peau couverte de sueur, râle muqueux à grosses bulles dans tous les points de la poitrine; absence des selles; suspension de l'excrétion de l'urine, dont on ne put se procurer qu'une très-petite quantité à l'aide du cathétérisme. Le lendemain, 13e jour, l'état du malade était resté le même; il succomba le 14e jour.

A l'*autopsie*, faite vingt-huit heures après la mort, on constata les altérations suivantes :

Il y avait dans la substance cérébrale à peu près 200 abcès, tous d'un petit volume; il s'en exhalait une odeur fétide, comme gangréneuse; en d'autres points, il n'y avait pas encore de collections purulentes, mais le tissu nerveux était ramolli et infiltré de pus; on retrouvait la même odeur.

Dans le poumon, on trouva deux petits abcès très-bien formés, et çà et là quelques lobules en hépatisation rouge.

Le rein droit contenait une quarantaine d'abcès, et le rein gauche en offrait seulement quatre ou cinq. Ils exhalaient la même odeur que ceux du cerveau, et un détritus comme gangréneux les entourait ou s'était mêlé au pus.

Deux abcès de même nature, mais plus gros, et ayant à peu près chacun le volume d'une noisette, existaient dans la rate.

Il n'y en avait aucun dans le foie, qui était sain; il n'y en avait aucun non plus dans les muscles, les articulations et le tissu cellulaire sous-cutané. Les fosses nasales étaient saines.

On suivit les veines depuis le cœur jusqu'aux extrémités des membres; on ouvrit les sinus de la dure-mère, on examina le diploé et plusieurs points de la substance spongieuse des os : nulle part on ne découvrit de phlébite.

Le sang contenu dans le cœur, les artères et les veines, était partout remarquable par sa grande liquidité ; à peine y trouvait-on çà et là quelques grumeaux peu consistants.

IIIe OBSERVATION.

Diathèse purulente spontanée (1).

Un passementier âgé de cinquante-neuf ans entra à l'hôpital de la Charité le 10 octobre 1839. Cet homme, d'une constitution en apparence robuste, et paraissant avoir toujours vécu au milieu des meilleures conditions hygiéniques, avait été pris, six semaines avant son entrée à l'hôpital, d'une hémiplégie subite du côté droit, qui, à la suite des saignées répétées, disparut au bout de quelques jours, laissant toutefois un peu de faiblesse dans les membres de ce côté. Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, les deux jambes et d'abord la droite, commencèrent à s'œdématier ; en même temps, il perdit très-rapidement ses forces, et lorsque je l'observai, je fus frappé de sa grande prostration ; les membres abdominaux étaient infiltrés, la langue sèche et rouge ; un bruit de souffle intermittent se faisait entendre aux deux carotides. Depuis le 10 octobre jusqu'au 3 novembre, époque de sa mort, ce malade présenta de plus en plus l'état connu sous le nom de *fièvre adynamique*. Des eschares se développèrent au sacrum, la langue devint de plus en plus sèche, une diarrhée fétide s'établit, constituée par une sorte d'eau jaunâtre. Le pouls, toujours fréquent, varia entre 88 et 104 ; la peau fut constamment chaude. La mort fut précédée d'une longue agonie pendant laquelle la respiration s'embarrassa de plus en plus.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la rate creusée de deux ab-

---

(1) Becquerel, *Séméiotique*, p. 283, observ. de *fièvre purulente*.

cès, dont chacun avait le volume d'une noix. Il y avait trois autres abcès dans la substance corticale du rein gauche, et un dans celle du rein droit. Nulle part ailleurs, il n'y avait de traces de pus, pas plus dans le tissu cellulaire, dans les divers parenchymes et dans les articulations que dans le système circulatoire qui fut partout examiné ; le sang était généralement liquide avec quelques grumeaux disséminés. Il n'y avait, d'ailleurs, dans les organes d'autre altération qu'une congestion hypogastatique considérable des deux poumons, et un petit kyste du volume d'une lentille dans le corps strié droit, vestige de l'ancienne attaque d'apoplexie. »

IVe OBSERVATION.

Diathèse purulente spontanée (1).

Le 16 septembre 1845, on apporte à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 27, le nommé ***, âgé de dix-sept ans, pâtissier. Ce malade est entré depuis deux jours à l'Hôtel-Dieu. Il a d'abord été placé dans une salle de médecine. Le chef de service l'a fait passer en chirurgie, parce qu'il avait un panaris, et, suivant lui, les symptômes d'une coxalgie au début.

Le malade est maigre, chétif, et dit n'avoir jamais éprouvé de maladie grave. Il habite Paris depuis trois ans.

Le 17, il a de la fièvre ; 90 pulsations par minute ; le pouls est plein, régulier, sans dureté ; la peau est chaude, sans moiteur. La nuit a été très-agitée ; il a eu du délire ; il reste un peu de stupeur. Il se plaint surtout d'une vive douleur dans l'aine gauche, qui se prolonge latéralement et en avant le long de la cuisse, en arrière du côté de la fosse iliaque externe.

La partie est médiocrement tuméfiée ; il y a de l'empâtement, pas

---

(1) Dufresne, thèse inaugurale ; Paris, 1846.

de rougeur ; la douleur est sourde, profonde, et la pression ne l'augmente pas d'une manière appréciable. Les mouvements de l'articulation ne nous paraissent pas compromis. Le ventre est un peu tendu, non douloureux à la pression ; il y a un peu de diarrhée. La respiration est pénible ; la langue sèche, ainsi que les dents ; les narines sont pulvérulentes; les yeux sont inquiets, la soif vive. Au doigt indicateur gauche, siége un panaris très-avancé; la phalange unguéale est dénudée, et la peau décollée. Il découle de la plaie une suppuration sanieuse, peu abondante. Le malade ne reconnaît aucune cause traumatique à ce panaris qui, suivant lui, aurait commencé depuis plus de quinze jours. Il n'y a que huit jours que le mouvement fébrile a débuté ; à la même époque, la douleur de l'aine s'est fait sentir pour la première fois. Des frissons ont marqué le début de la fièvre. (Sangsues, cataplasmes dans l'aine gauche.)

Le 18. La veille, au soir, le malade a éprouvé un paroxysme fébrile qui ne paraît pas avoir été précédé de frisson ; le pouls s'élevait alors à 130 pulsations ; la figure était très-animée et la peau brûlante. Délire durant la nuit. Le matin, même tableau que la veille. Le ventre est moins tendu ; on perçoit du gargouillement dans les fosses iliaques. La langue est sèche, les dents sont noires et fuligineuses. Le soir, même paroxysme.

Le 20. Même état, même caractère du mouvement fébrile. La faiblesse est moins considérable ; le malade a uriné seul.

Le 21. Une teinte ictérique olivâtre, déjà un peu visible la veille, se manifeste sur tout le corps.

Le 22. L'empâtement de l'aine augmente, l'état général est aggravé. Dyspnée. Douleur dans les flancs et à l'épigastre. Il y a eu deux paroxysmes dans le même jour : l'un vers trois heures après-midi, l'autre le soir, tous deux précédés de frissons.

Le 25. Mêmes symptômes. Chaque jour il y a eu un ou deux redoublements fébriles, avec ou sans frissons. Fluctuation dans l'aine. Oppression extrême. Sensation d'une barre qui traverserait d'un hypochondre à l'autre.

Le 26. On ouvre l'abcès de l'aine ; il s'en écoule une grande quantité de pus verdâtre et fétide, mêlé d'un peu de sang. L'os iliaque, en dehors, est dénudé de son périoste. Le soir, deux paroxysmes.

Le 27. Faiblesse extrême ; sueurs visqueuses ; sudamina sur le tronc et l'abdomen.

Le 29. Le mouvement fébrile a repris la régularité du début. Le matin, 80 à 90 pulsations faibles. Le pouls se relève un peu pendant le paroxysme. La nuit, il y a toujours un peu de délire.

Le 2 octobre. Même caractère du mouvement fébrile, faiblesse extrême. Cependant le malade se croit mieux, il veut se lever. Gonflement très-douloureux sur la face dorsale de la main droite.

Le 4. Faiblesse encore plus considérable, sueurs et diarrhées colliquatives. Le gonflement de la main a augmenté. Subdélirium continuel. Pouls très-faible et très-fréquent. Eschare au sacrum. Il meurt le 6 octobre.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Le foyer purulent est ouvert ; il s'étend, en disséquant les muscles, depuis l'extrémité inférieure du fascia lata, dans deux directions : 1° en arrière et en dehors, dans la fosse iliaque externe, au-dessous des muscles fessiers ; là, l'os iliaque est dénudé de son périoste dans toute son étendue ; 2° en avant, la collection purulente, pénétrant dans la gaîne du muscle psoas, s'étend aussi, en passant sur la crête pectinéale, sur toute la surface interne de l'os des iles, qu'il dénude également de ce côté. Les muscles disséqués présentent un aspect noirâtre et sanieux. L'abcès de la main est ouvert : il s'en écoule un mélange de pus et de sang. Le troisième métacarpien était dénudé dans toute son étendue. La dernière phalange de l'index gauche est nécrosée ; la peau du reste du doigt est décollée.

Tous les autres organes sont parfaitement sains.

A la base des *deux poumons* il y avait un engorgement hypostatique très-prononcé.

Ve OBSERVATION.

Diathèse purulente spontanée (1).

Le 13 janvier 1844, on apporte à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, 25, une femme âgée de vingt-quatre ans. Elle est couturière ; il n'y a que huit mois qu'elle habite Paris ; elle affirme avoir toujours joui d'une santé parfaite et n'avoir souffert aucune privation. Vers la fin de novembre, elle aurait été atteinte d'une pleurésie peu grave. Elle reçut les soins convenables et semblait entièrement guérie, quand vers le commencement de janvier, elle fut prise de fièvre avec paroxysmes quotidiens. Ces paroxysmes quotidiens présentaient tous les stades d'un accès de fièvre intermittente ; mais la malade avait toujours la fièvre ; elle ne se trouvait jamais assez bien pour se lever, et elle perdait complétement ses forces. *On donna le sulfate de quinine, qui ne produisit aucun effet.*

Nous trouvons la malade fort amaigrie ; elle a une dyspnée assez grande ; la parole est entrecoupée ; elle accuse un point pleurétique à la base du poumon droit ; matité très-légère ; la respiration s'entend, mais elle est un peu faible. La malade se plaint, en outre, de douleurs à l'épaule gauche, au poignet et dans toute l'étendue de l'avant-bras droit et au genou du même côté. Ces douleurs sont provoquées par la pression et le maniement : il n'y a ni rougeur ni tuméfaction. Le paroxysme habituel a eu lieu dans la matinée ; on compte encore 100 pulsations médiocrement développées. La langue est rouge, peu humide ; la soif est extrême.

Le 14, insomnie durant la nuit. Les douleurs présentent le même caractère, ainsi que les symptômes pleurétiques ; paroxysme très-tranché dans la matinée.

---

(1) Dufresne, thèse inaugur. ; Paris, 1846.

Le 15, rougeur et gonflement sur le trajet des tendons fléchisseurs de l'avant-bras droit; au genou, gonflement sans rougeur. Le mouvement fébrile revêt toujours le type rémittent; *le sulfate de quinine ne le modifie en rien*. Insomnie, anxiété, dyspnée.

Le 17, le point pleurétique et la dyspnée ont disparu; l'avant-bras et le genou sont toujours de même. Le paroxysme est bien moins tranché le matin et le soir; on compte de 110 à 130 pulsations médiocrement développées; la langue et les dents sont sèches. un peu fuligineuses; devoiement.

Le 18, il y a eu du délire pendant la nuit; la face présente de la stupeur; les cornées sont ternes; cependant l'intelligence est lucide.

Le 20, le paroxysme n'a plus lieu; le pouls est petit, misérable, et cependant fréquent; 130 à 140 pulsations; peau sèche avec transpirations partielles.

Le 22, la face est pâle, blafarde, terreuse, très-amaigrie; dévoiement continuel. Il y a de la fluctuation au genou et à l'avant-bras, qui supportent d'ailleurs la pression sans douleurs.

La malade s'affaiblit chaque jour; les symptômes ne font que s'aggraver sans changer de caractère. Le pouls, toujours très-fréquent, devient presque imperceptible; l'intelligence reste saine jusqu'au dernier moment. Elle meurt le 26 janvier.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — La peau qui recouvre la région antérieure de l'avant-bras droit est d'un rouge livide; après l'incision des téguments, on trouve une vaste collection purulente qui s'étend depuis le poignet jusqu'au pli du bras; toutes les gaînes tendineuses sont remplies de pus, ainsi que les interstices des muscles. Le tissu musculaire est en partie transformé en pus; l'articulation et celle du genou sont pleines du pus; ce pus est blanc et peu fétide; la synoviale a perdu son poli, elle ne présente pas de rougeur; la suppuration s'étend en dehors de la synoviale, dans l'épaisseur de la cuisse, jusque vers le trochanter.

La *plèvre gauche* offre les traces d'une pleurésie ancienne peu étendue, caractérisée par l'existence d'une fausse membrane qui

déterminait l'adhérence des deux plèvres dans le tiers inférieur du poumon.

Le *tissu pulmonaire* est d'ailleurs parfaitement sain.

Le *foie* était complétement exsangue et gros comme celui d'un phthisique.

VIe OBSERVATION.

Diathèse purulente spontanée (1); mort trois jours après le début de la maladie; suppuration diffuse de la région inférieure de la jambe et du pied; taches ecchymotiques nombreuses (1er degré des abcès dits métastiques), et engouement des deux poumons; point de pus dans les veines; caillot adhérent au confluent des veines saphène et fémorale.

Le 6 octobre 1843, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme. 25, le nommé X. Ce malade a été pris la veille d'une douleur avec gonflement au pied gauche; interrogé s'il peut rapporter son mal à quelque cause connue, il déclare que la douleur et le gonflement sont survenus spontanément, sans coup, ni chute, ni distorsion du pied; cependant il présente des symptômes analogues à ceux d'une entorse. (Application de cataplasmes, repos au lit.)

Le lendemain, 7 octobre, la douleur n'est pas plus considérable. Le gonflement a peut-être un peu augmenté. (Continuation des cataplasmes et du repos au lit; deux portions d'aliments, limonade.)

Le 8 octobre, le facies du malade est altéré; il paraît inquiet, agité; il n'a presque pas mangé la veille. Soif vive, respiration fréquente, courte, pénible. La percussion de la poitrine ne fait constater aucun bruit anormal. A l'auscultation, râle sous-crépitant humide des deux côtés en arrière. Le pied est plus gonflé, plus douloureux. La jambe, surtout à la partie interne, est rouge et présente les signes d'une angéioleucite.

---

(1) Alph. Milcent, *Remarques et observations sur la diathèse purulente*; Paris, 1845.

D'après l'altération profonde des traits, d'après la dyspnée si peu en rapport avec l'état du membre malade, et même avec le râle sous-crépitant perçu à l'auscultation, on porte un pronostic fâcheux sur l'issue d'une maladie dont la redoutable nature est reconnue. (40 sangsues sur la jambe; un bain; julep kermétisé, 4 pots de tisane.)

Le même jour, à trois heures de l'après-midi, le malade est dans un état des plus alarmants. Son aspect est celui d'un mourant; respiration presque râlante, *subdelirium*. Il répond cependant encore assez bien aux questions qu'on lui pose nettement et à haute voix. (Deux grands vésicatoires dans le dos, potion cordiale.) Mort le soir à neuf heures.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Les *poumons* sont engoués. Taches noires ecchymotiques très-nombreuses; les plus volumineuses de la grosseur d'une noix, parfaitement circonscrites (1er degré d'abcès métastatiques). On ne trouve que dans un seul de ces noyaux, à son centre, un petit point en voie de transformation purulente.

Les autres *viscères* sont parfaitement sains. La *rate* seulement est ramollie et présente dans son épaisseur une teinte tirant sur le rose.

Dans l'épaisseur du *tissu cellulaire* et des *muscles du pied*, existent plusieurs noyaux de pus concret; dans quelques points, c'est une véritable infiltration purulente.

Les *veines de la jambe* ne contiennent pas de pus; mais leur surface interne présente une surface rougeâtre qui ne disparaît pas sous le filet d'eau. A mesure qu'on les suit, en remontant vers la cuisse et l'abdomen, on trouve deux longs caillots ramifiés occupant toute l'étendue de la saphène et de la crurale, et se prolongeant dans leurs divisions. Ces deux caillots vont se terminer à un gros *bouchon* de sang coagulé tout récemment, adhérent déjà, un peu mollement il est vrai, aux parois des vaisseaux, à l'embouchure de la saphène et de la crurale dans l'iliaque externe.

Nous nous bornerons, continue M. Milcent, à faire remarquer dans cette observation les circonstances suivantes :

1° La rapidité de la mort, qui n'a pas donné aux lésions le temps de parcourir toute leur évolution et d'arriver à l'état où on les trouve ordinairement. Il n'y a dans les poumons que des noyaux ecchymotiques. Un seul de ces points est en voie de transformation purulente à son centre. Dans le tissu cellulaire et les muscles du pied, existent des noyaux de pus concret et non encore ramolli. Quand la mort a été encore plus rapide, on ne trouve pas de pus, ou bien on n'en trouve que dans un seul point. Ces cas de diathèse purulente sont généralement méconnus. Nous avons vu plus haut qu'on attribuait alors la mort à une prétendue *altération profonde des liquides;* mot sonore, mais vide de sens.

2° Il y a dans ces cas absence complète de lésion traumatique, souvent point de phlébite; ou s'il y a des caillots adhérents, on peut, comme dans l'observation précédente, ne pas trouver de pus dans les cavités vasculaires, soit qu'il n'ait pas dû s'en former, soit que le temps ait manqué pour qu'il s'en formât. Toujours est-il que l'inanité de l'explication par la phlébite n'est jamais plus évidente que dans les faits de ce genre.

3° Il est manifeste que ces cas de diathèse purulente spontanée ne font qu'une même maladie avec les cas dits d'*infection* ou de *résorption purulente* à la suite d'une lésion traumatique; car il y a identité de marche, de lésion, de symptômes, bien qu'on puisse constater quelques légères différences, propres tout au plus à établir une forme, ou même une variété.

VIIe OBSERVATION.

Diathèse purulente spontanée (1); suppuration diffuse de la cuisse; méningite commençante; noyaux ecchymatiques et purulents du poumon et de la rate; caillots adhérents dans les veines crurale et iliaque.

Le 10 novembre 1843, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 60, le nommé Moreau (Jean), âgé de dix-sept ans, maçon.

A la visite du soir, ce malade présente l'état suivant : pouls fréquent, peau chaude et sèche, facies altéré, trouble de l'intelligence, réponses difficiles à obtenir et peu satisfaisantes. Il dit être malade depuis huit jours, avoir éprouvé des douleurs dans les membres, et souffrir vers la région supérieure, externe et postérieure de la cuisse. Des sangsues ont été déjà appliquées sur ce point, qui présente de la tuméfaction, de la rougeur et un empâtement notable. Le lendemain 11, M. le professeur Blandin est appelé pour donner son avis sur ce malade. On constate l'existence d'une fluctuation profonde. L'état général est toujours le même : fièvre intense, langue sèche, commencement de délire. Le phlegmon de la cuisse ne peut, d'une part, déterminer un état aussi grave; et de l'autre, on ne saurait rapporter ces symptômes à aucune autre maladie, à la fièvre typhoïde en particulier; car il n'y a ni taches, ni diarrhée, ni bronchite, ni aucun des caractères essentiels de cette maladie. M. le professeur Blandin fait observer la ressemblance qui existe entre ce cas remarquable et la cruelle maladie à laquelle a succombé dernièrement M. Fauraytier, interne des hôpitaux (2). (40 sangsues sur la partie affectée de phlegmon, cataplasmes, diète, limonade.)

Le 12. Le mal a singulièrement empiré; le pouls est petit, fré-

---

(1) Alph. Milcent, *Remarques et observations sur la diathèse purulente;* Paris, 1845.

(2) On désigna la maladie à laquelle succomba, en 1843, M. Fauraytier, sous le nom d'*altération profonde des liquides.*

quent ; les traits sont profondement altérés, la respiration est difficile et accélérée. Le malade est dans une grande faiblesse; il meurt vers le milieu de la journée, quarante heures après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — *Tête.* Méningite commençante ; injection et rougeur de l'arachnoïde et de la pie-mère ; coloration rosée (que le jet d'eau ne fait point disparaître) et ramollissement superficiel des circonvolutions.

Poitrine. Les *deux poumons* pésentent, dans l'épaisseur de leur tissu, un grand nombre de noyaux ecchymotiques noirs, bien circonscrits, tranchant avec le reste du poumon, qui n'offre aucune altération ; les plus grands du volume d'une grosse noix, d'autres plus petits ; quelques-uns, en très-petit nombre, commencent à se transformer en pus à leur centre.

Cœur. Le ventricule gauche revenu sur lui-même : sa cavité effacée (mort par syncope).

Abdomen. La *rate* présente deux colorations (gris bleuâtre et rose) à sa surface. Plusieurs noyaux ecchymotiques dans son épaisseur.

Région fémoro-iliaque. Infiltration et collection purulente sous les muscles de la région supérieure de la cuisse et de la région iliaque externe.

Il existe un *caillot volumineux*, en voie d'organisation, adhérent aux parois veineuses, dans la crurale, au-dessus du confluent des veines fémorale profonde, circonflexe, etc.

Puis on trouve un *second caillot,* également organisé et adhérent, mais plus gros encore, dans l'iliaque primitive, au-dessus de la réunion de l'iliaque externe et de l'interne, au-dessus, par conséquent, du confluent de toutes les veines du bassin. Du reste, ces deux caillots ne contiennent aucune trace de pus. Au-dessous d'eux, la circulation se trouve interrompue, et ils se continuent dans les veines du bassin et de la cuisse, sous forme de longs prolongements.

On peut appliquer à cette observation exactement les mêmes réflexions que nous avons faites sur la précédente.

VIIIe OBSERVATION.

Diathèse purulente spontanée (1).

Le 13 mai 1847, Lamotte (Auguste), âgé de quatre ans, entra au n° 6 de la salle Saint-Jean. Cet enfant, malade depuis un mois, avait éprouvé d'abord des douleurs vives à l'aine droite. Huit jours après, éruption d'une cinquantaine de boutons pustuleux, de la grosseur d'un pois, sur la hanche droite. Ces boutons, cicatrisés, ont laissé des dépressions en forme de goulot. Ils durèrent huit jours. L'enfant parut alors aller mieux, et pouvait encore se soutenir sur ses jambes; mais huit jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'une vive douleur à l'aine gauche; la cuisse se plia, l'enfant ne put marcher; il avait une fièvre vive, une soif ardente et de la toux, mais point de diarrhée. Sur la hanche gauche, on voyait deux pustules jaunes, de la grosseur d'un demi-pois, semblables à celles de la hanche droite, avec de l'inflammation autour.

Le 14, pouls à 132. Il n'existait pas d'autre douleur que celle de la hanche; râles muqueux et ronflants des deux côtés. L'enfant tousse peu. Il ne répond pas quand on lui parle. (M. Guersant ordonna : calomel 0,15, en trois prises; bain tiède.)

Le 15, pas d'évacuations. Le bain a produit un peu de calme. L'enfant a pu dormir. La langue est blanche, humide. Il allonge les jambes pour la première fois. Il crie quand on l'approche.

Le pouls est à 144. On trouve sur la hanche gauche quatre ou cinq petits boutons rouges, à différents degrés d'évolution, et qui semblent analogues aux pustules déjà remarquées sur l'autre. Le soir, pouls à 200. (Bain; calomel, 0,15.)

Le 16, la main gauche est gonflée, œdémateuse depuis hier soir,

---

(1) Communiquée par M. Ch. Ozanam, ancien interne de l'hôpital des Enfants.

surtout du côté du pouce ; cependant il n'existe pas de rougeur, mais il y a une douleur vive dans les mouvements ; agitation et cris continuels pendant la nuit. Le calomel a déterminé 4 selles. Le nez et la face sont froids et pâles ; la respiration très-fréquente. Le soir, pouls à 200. (Sulfate de quinine, 1 gramme ; 2 vésicatoires aux jambes.)

Le 17, l'enfant meurt le matin. Le cœur, ausculté la veille et l'avant-veille, avait offert des battements extrêmement nombreux, mais sans souffle, sans frottement, sans bruit anormal ; la fièvre n'avait jamais été précédée de frissons.

Autopsie le 18. — 1° On trouva dans l'articulation coxo-fémorale gauche un pus phlegmoneux, jaune, épais comme de la crème et abondant.

Les cartilages de la cavité cotyloïde et du fémur avaient conservé leur blancheur ; la synoviale, par places, était un peu injectée.

2° Le tendon du muscle iliaque contenait dans sa gaîne du pus qui faisait suite à celui de l'articulation. L'abcès occupait la moitié de la fosse iliaque ; le muscle était détruit en partie, le périoste détaché, et l'os à nu en plusieurs points. En outre, l'abcès s'étendait, en bas, dans le petit bassin, par un prolongement en forme de doigt de gant, d'une longueur de 4 à 5 centimètres, d'une largeur de 1 à 3 centimètres, s'arrêtant au niveau du releveur anal, et placé sous le péritoine.

3° En fendant la main gauche à l'endroit le plus gonflé, on trouva un abcès dans le tissu cellulaire dorsal de la main ; cet abcès se prolongeait jusque dans l'articulation du métacarpe du pouce avec le carpe ; elle contenait un pus plus épais que le reste.

4° Le péricarde était couvert de fausses membranes, épaisses de 2 à 3 millimètres, assez tenaces et consistantes. Elles recouvraient aussi le cœur. Leur structure était réticulaire ; leur couleur, d'un blanc légèrement jaune. A la face postérieure du cœur, on remarquait cinq ou six prolongements en forme de colonnes, long de 2 centimètres, qui joignaient les fausses membranes pariétales aux fausses membranes viscérales. Les adhérences à la séreuse n'étaient pas en-

core très-solides, et l'on put les détacher sans beaucoup de peine. La séreuse, au-dessous, était rouge et injectée. L'endocarde et les valvules étaient dans un état normal. Les deux poumons ne présentaient ni pneumonie ni tubercules; il y avait seulement un peu de congestion. On remarquait à la base du poumon droit, sur le bord tranchant, un petit noyau blanc, de la grosseur d'un grain de chènevis, encore dur; on ne put déterminer d'une manière exacte si c'était un tubercule.

Un emphysème sous-pleural énorme occupait les deux poumons, surtout le gauche. Entre les deux lobes, la plèvre, soulevée depuis la racine des bronches, formait une vessie aussi longue que la scissure des deux lobes, large de 2 centimètres, et divisée en plusieurs cloisons dans son intérieur, par suite de la dilatation du tissu cellulaire sous-pleural.

5° La veine fémorale gauche, seule examinée, contenait un sang très-liquide, pas de pus.

6° Le foie, blond dans certains points, normal partout ailleurs. Rien dans la rate. Le cerveau ne fut pas examiné.

Les éruptions pustuleuses, survenues dans le cours de la maladie, auraient pu faire croire à l'existence de la morve; mais les renseignements recueillis auprès du père de l'enfant nous apprirent que celui-ci n'avait été en contact avec aucun animal malade. Il n'avait point fait de chute, ni éprouvé aucun accident antérieur qui pût rendre compte de la maladie.

Dans les observations qui précèdent, on a vu plusieurs cas de diathèse purulente sans phlébite, sans plaie, sans état puerpéral, sans suppuration antérieure, et néanmoins avec l'ensemble et la succession des phénomènes morbides que l'on observe soit dans la diathèse purulente traumatique, soit dans la diathèse purulente puerpérale. Il existe donc manifestement, en dehors de toutes les circonstances où l'on va puiser d'ordinaire l'explication de cet état morbide, une maladie essentielle, caractérisée par la tendance à la

formation du pus dans les solides et les liquides coagulables de l'économie ; et, comme cette maladie est, sous tous les rapports, identiques, dans ses caractères fondamentaux, avec la diathèse purulente que l'on observe à la suite des plaies, des opérations et des couches, nous l'appelons *diathèse purulente spontanée*, non que nous admettions des effets sans cause, mais pour différencier cette catégorie des deux autres, qui sont relatives soit au traumatisme, soit à l'état puerpéral.

Maintenant, à quelles conclusions théoriques peut amener cet ordre de faits? C'est ce que nous allons dire pour terminer cette thèse.

Plusieurs fois, dans le cours de cette dissertation, il a été question des théories du passage, médiat ou immédiat, du pus dans le sang. On a prétendu, à l'aide de ces hypothèses, expliquer complétement l'état morbide, que nous avons considéré comme une maladie essentielle, maladie que nous classons parmi les diathèses, dont elle présente les deux caractères : l'*unité* de produit morbide et la *diversité* de siéges. Les faits que nous avons rapportés échappent complétement à ces explications, qui par là même sont frappées de nullité. Car une explication qui ne s'applique pas à tous les faits du même ordre est une explication fausse. Dans les cas ci-dessus, en effet, point de phlébite, point de plaie, point d'état puerpéral ; rien qui permette de supposer que du pus ait passé dans le sang, et néanmoins, tous les accidents que l'on attribue à ce passage se sont développés. Remarquons qu'ici on ne peut pas dire, comme dans le cas de diathèse purulente traumatique sans phlébite : *Si le pus n'a point passé directement et immédiatement du foyer inflammatoire de la veine dans le sang, il a pu être absorbé et se mêler au sang par suite de cette absorption.* Il n'y a ni foyer de suppuration, ni phlébite, en un mot point de pus à mêler au sang.

Mais ce qui doit encore fixer l'attention de tout observateur judicieux, c'est que, bien que le pus n'ait point pu passer dans le sang, on a cependant trouvé le sang mêlé à ce liquide, témoin l'observa-

tion de M. Andral. D'où peut provenir ce pus? Les théories de la phlébite et de la résorption se taisent, convaincues d'impuissance. Ici encore nous sommes obligé de recourir à la diathèse purulente. Avec l'auteur de cette doctrine, nous comprenons que le sang subisse dans ses vaisseaux, comme lorsqu'il est extravasé, le travail de transformation en pus. Le sang infiltré dans les mailles du parenchyme pulmonaire, et combiné avec elles pour constituer l'hépatisation rouge, se convertit bien en pus pour constituer l'hépatisation grise de la pneumonie; le caillot intra-veineux se transforme bien en pus dans la phlébite suppurée; le caillot intra-artériel se convertit bien en pus dans l'artérite suppurée; pourquoi donc le liquide contenu dans la grande cavité intra-vasculaire échapperait-il à l'action désorganisatrice qui constitue la diathèse purulente? Mais, dira-t-on, il n'y a pas de pus sans inflammation; or, dans ces cas, la cavité intra-vasculaire n'est point enflammée.

Cette objection n'est pas difficile à résoudre. Pourquoi distingue-t-on les abcès métastatiques des autres suppurations? Pourquoi a-t-on inventé l'hypothèse des dépôts mécaniques de pus dans les parenchymes et à la surface des séreuses et des synoviales? C'est qu'on ne pouvait comparer la suppuration rapide, éminemment latente, qui s'observe dans la diathèse purulente, avec les abcès et les épanchements purulents ordinaires. On a donc affirmé que, dans ce cas, l'abcès ou l'épanchement se faisait sans inflammation locale, ou avec une inflammation locale *sui generis*. Or, quel est le *genus* de cette inflammation? pourquoi et en quoi diffère-t-elle des inflammations phlegmoneuses? Précisément en ce que les phénomènes inflammatoires sont modifiés dans leur évolution; en ce que la suppuration peut se manifester avant les phénomènes de chaleur, de douleur et même de tuméfaction. Quant à la rougeur, on sait qu'elle peut ne pas exister dans l'inflammation des membranes séreuses. Sous ce dernier rapport, il n'y aurait donc rien ici d'extraordinaire.

Concluons : une doctrine médicale positive, qui n'est que l'expression synthétique des faits, peut-elle et doit-elle être mise en com-

paraison avec des théories qui nient les faits, les dénaturent ou les inventent de toutes pièces? Non, évidemment non.

La description, méthodiquement faite, d'une maladie, qui permet d'en assigner les causes réelles, les signes diagnostiques et pronostiques, et le traitement, d'après des indications positives, peut-elle être mise en comparaison avec une hypothèse qui se borne à nous dire : *Quand le pus passe dans le sang, on meurt?* Non, évidemment non.

La diathèse purulente représente une vérité théorique et pratique de premier ordre.

Les théories du passage, médiat ou immédiat, du pus dans le sang représentent une erreur théorique, et sont d'une nullité pratique absolue. Tels sont les motifs de ma préférence pour la première.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Déterminer, par des considérations physiques, si le cerveau éprouve extérieurement la pression atmosphérique, et s'il peut exécuter des mouvements dans l'intérieur du crâne.

Chimie. — Des caractères distinctifs du kermès.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base la digitale; les décrire et les comparer entre elles.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des labiées.

Anatomie. — Des muscles qui concourent aux mouvements du pharynx.

Physiologie. — Des mouvements et des usages des paupières.

Pathologie externe. — Des fistules intestinales, et de l'anus contre nature.

Pathologie interne. — De la métrite, et de la phlébite utérine.

Pathologie générale. — Des altérations que l'inflammation détermine dans les membranes séreuses.

Anatomie pathologique. — Des vers intestinaux.

Accouchements. — Des présentations du tronc du fœtus pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — L'intermittence des phénomènes morbides indique-t-elle toujours l'administration du quinquina ?

Médecine opératoire. — De la résection de la mâchoire inférieure.

Médecine légale. — Des caractères anatomiques d'un enfant né à terme, et de la détermination des divers âges de la vie fœtale.

Hygiène. — De l'allaitement maternel, et des cas dans lesquels il convient de l'interdire.